

CUESTIONARIO PILOTO PARA ASISTENCIA FAMILIAR
FAMILY SUPPORT PILOT QUESTIONNAIRE

NOMBRE DEL CLIENTE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO TELEFÓNICO
NOMBRE DE LOS PADRES/CUIDADOR PRINCIPAL		PARENTESCO CON EL CLIENTE
CALLE	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

(Para las siguientes preguntas, puede utilizar la línea 22 de su formulario 1040 de impuestos. Si la persona tiene 18 años o más, indique sólo el ingreso de dicha persona).

INGRESO BRUTO ANUAL DEL HOGAR	CANTIDAD DE PERSONAS EN LA FAMILIA
-------------------------------	------------------------------------

Cantidad y edades de los miembros de la familia/demás personas que vivan en el hogar y el parentesco con el individuo (si necesita más renglones, utilice el dorso de la hoja).

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO

IMPEDIMENTOS DEL CLIENTE

Identifique los impedimentos del cliente:

- Retrasos al desarrollo
- Retardo mental
- Parálisis cerebral
- Síndrome de Down
- Autismo
- Epilepsia
- Otro trastorno neurológico o del sistema nervioso central: _____
- Otra condición o diagnóstico: _____
- El cliente debe ser alzado y pesa más de 40 libras.

COMENTARIOS

PREOCUPACIONES DEL CUIDADOR

Como cuidador principal, marque cualquiera de los siguientes puntos que afecten su capacidad actual para brindar el cuidado.

- Padre/madre soltero(a)
- Cuidador de dos o más personas con impedimentos
- Problemas físicos o médicos actuales
- Problemas de salud mental o emocionales actuales
- Las tareas del cuidador resultan en menos de 5 horas de sueño ininterrumpido

La información precedente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	FECHA
-------------------------------	-------